

治療材料券・治療材料費請求明細書

生活 保 護 法 治 療 材 料 券	交付番号		この券の有効期間		年 月 日	まで	1 2	単 併	給 給
	受給者氏名 (生まれ)(歳)(男・女)					居住地			
	取扱業者					所在地			
	種 類				金 額				
	給付方法	() ・ (修理方法 :)							
治 療 材 料 費 請 求 明 細 書	種 類	数 量	単 価	金 額	摘 要				
			円	円					
	計								
	※ 社 保 負 担 (健 ・ 共)			有 ・ 無 割	円				
	※ 他 法 負 担			有 ・ 無 割	円				
※ 本 人 ・ 支 払 額				円					
差 引 請 求 (支 払) 金 額				円					

注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。 請求者氏名及び住所

2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。

口 座 振 替 申 出 表 示	
金 融 機 関 名	
支 店 名	
口座名義フリガナ	
口 座 名 義	
預 金 の 種 類	
口 座 番 号	

堺市 保健福祉総合センター所長

福祉事務所所長印

